MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.

D/Dª ..... con DNI - NIE - pasaporte .....

que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social						Código de cuenta de cotización
Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre						DNI - NIE - pasaporte
Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Número de la Seguridad Social
Profesión	Grupo de cotización		Fecha de suspensión del contrato de trabajo			

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)

Base de contingencias profesionales	Núm. de días	Observaciones

b) Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores a la suspensión del contrato(*)

Por horas extraordinarias	Por otros conceptos	Observaciones

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo.

Año	Mes	Núm. de días cotizados	Base de contingencias profesionales	Observaciones
		TOTALES		

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA

Trabajadora { Fija ☐ / Eventual ☐

Núm. jornadas reales mes anterior a la suspensión del contrato .....

Salario real de la trabajadora ..... € día

..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello,

(*) Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras (no se incluyen las del mes de la suspensión) y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización.